

Blankett för ansökan ur

## Stiftelsen Professorskan Betzie Johanssons MS-donation

**OBS!**

**Gäller för barn under 18 år med diagnoserna MS - Multipel Skleros eller CP - Cerebral Pares.**

***Ansökan skall vara fonden tillhanda före den 15:e april.***

### **Ansökan skickas till och frågor besvaras av:**

Madeleine Kyllerfeldt, Neuroförbundet Göteborg, S.Larmgatan 1, 411 16 Göteborg.

Tel. 031-711 38 04, e-post: [madeleine.gbg@neuro.se](mailto:madeleine.gbg@neuro.se)

### **Uppgifter om den sökande – barnet**

#### **Nedanstående ifylles av barnets vårdnadshavare/ föräldrar**

Namn: ..... Födelsedat: .....

Adress:.....

Postnr: .....Postadress:.....

Tel hem: ..... Mobiltel: .....

**Barnets diagnos:** .....

#### **Handikappets omfattning:**

Beskriv handikappet i korta drag, eller bifoga intyg:.....

.....

.....

.....

.....

#### **Uppgifter om vårdnadshavare:**

Namn: .....

Adress: .....

Telefon: ..... Mobiltel: .....

**Civilstånd:** Gift/sammanboende  Ensamstående

Antal hemmavarande barn eller syskon: ..... Barnens/syskonens Ålder:.....

Eventuellt bidrag skall användas till.....

.....

.....

Hela kostnaden för det sökta: ..... Vi/ jag söker: .....kr

Hur mycket av hela kostnaden kan du/ ni betala själva? .....

Har för samma ändamål **fått** bidrag från annat håll: Ja  Nej

Om ja, varifrån och med vilket belopp?.....

Har **sökt** bidrag från annat håll: Ja  Nej

Om ja, varifrån och med vilket belopp?.....

**Uppgifter om vårdnadshavares ekonomi:**

Inkomst av förvärvsarbete: Ja  Nej

Sjukersättning: Hel  Halv  2/3

Vårdbidrag för handikappat barn: Helt  Halvt  1/4  Summa:.....

**Inkomst före skatt, enligt senaste slutskattsedel.**

**OBS! (Bifoga kopia, även kopia för make/ maka/ sambo).**

Vårdnadshavares :.....

Vårdnadshavares makes/ makas/ sambos:.....

Om ekonomin förändrats sedan dess, beskriv kort hur:.....

Banktillgodohavanden och andra tillgångar:.....

Bostadskostnad: ..... Bostadsbidrag:.....

Skulder:.....

Följande person kan lämna kompletterande upplysningar:

Namn och tel: .....

Ort ..... den ..... 20 .....

Vårdnadshavares underskrift:.....

Plusgirokonto: .....

Konto i bank (inkl. clearingnr.).....

OBS! Skriv EJ nedanför denna linje

---

Tidigare bidrag: Ja  Nej